

# โรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ ในสถานการณ์ COVID-19



เรียบเรียงโดย

**รศ.นพ.ปารยะ อากะสะเน**

สาขาโรคจมูกและโรคภูมิแพ้  
ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ในเวลาไม่กี่เดือนมานี้ได้มีการระบาดของ Coronavirus ชนิดใหม่ที่มีชื่อว่า severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) ทำให้เกิด “Coronavirus disease 2019” (COVID-19)<sup>1,2</sup> ซึ่งมีต้นกำเนิดมาจากประเทศจีน ในเมืองอู่ฮั่นเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ไวรัสนี้สามารถติดต่อจากคนไปสู่คนได้ง่ายมาก<sup>3,4</sup> อาการของโรคมั้งแต่ ไม่มีอาการ หรือมีอาการเหมือนไข้หวัด เช่น มีไข้ เจ็บคอ ไอ คัดจมูก น้ำมูกไหล อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เมื่อยตัว ซึ่งมีอาการเพียงเล็กน้อยไปจนถึงมีอาการมาก เช่น ไอมาก เจ็บหน้าอก เหนื่อยหอบเนื่องจากมีปอดอักเสบ (pneumonia) โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุหรือมีโรคประจำตัวร่วมด้วย<sup>5,6</sup> ต่างจากผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อ SARS-CoV-2 ซึ่งมีอาการน้อยมาก หรือไม่มีอาการเลย<sup>7</sup>

เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสนี้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้ COVID-19 เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระดับนานาชาติในวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 และเป็นการระบาดครั้งใหญ่ (pandemic) วันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563<sup>8</sup> ในประเทศไทย นายกรัฐมนตรีได้ประกาศพระราชกำหนด (พ.ร.ก.) การบริหารราชการในภาวะฉุกเฉิน และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2563 เป็นต้นไป

โรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ (allergic rhinitis; AR) เป็นโรคที่พบได้บ่อยในประเทศไทย จากการศึกษาในปี ค.ศ. 2012<sup>9</sup> อุบัติการณ์ของโรค AR ในประเทศไทยนั้นค่อนข้างสูง (ร้อยละ 37.7) และอุบัติการณ์ของโรค AR ในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ เช่น ในช่วงปี ค.ศ. 1990-2002 อุบัติการณ์ของโรค AR เพิ่มขึ้นถึง 3 เท่า จากร้อยละ 17.9 เพิ่มสูงเป็นร้อยละ 44.2<sup>10</sup> สารก่อภูมิแพ้ในประเทศไทยที่พบบ่อยที่สุดที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการคือ house dust mite และผู้ป่วยโรค AR มักจะแพ้สารก่อภูมิแพ้หลายชนิด (polysensitization)<sup>11</sup> โรค AR ยังมีผลต่อคุณภาพชีวิตคนไทย โดยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง อาการที่พบบ่อยที่สุดของผู้ป่วยโรค AR ในประเทศไทยคือ อาการคัดจมูก น้ำมูกไหล คัน และจาม<sup>12</sup>

## ความสัมพันธ์ระหว่างโรค AR และ COVID-19

เนื่องจาก nasal epithelial cells มีจำนวน SARS-CoV-2 receptor คือ angiotensin-converting enzyme (ACE) 2 มากที่สุดในระบบทางเดินหายใจ<sup>13</sup> COVID-19 จึงทำให้เกิดการติดเชื้อที่เยื่อจมูก และทำให้ผู้ป่วย

มีอาการทางจมูกได้ ผู้ป่วย AR ผู้ป่วยที่เป็นไข้หวัดใหญ่ หรือมีการติดเชื้อไวรัสที่ทางเดินหายใจส่วนบน รวมทั้งผู้ป่วยที่ติดเชื้อ SARS-CoV-2 จึงอาจมีอาการคล้ายกันได้ในระยะแรก ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรนึกไว้เสมอว่าผู้ป่วยเหล่านี้อาจติดเชื้อ SARS-CoV-2 ได้ โดยอาการของ COVID-19 อาจปรากฏชัดในเวลาต่อมา

ปัจจุบันมีการรายงานจำนวนผู้ป่วยที่เป็น COVID-19 ที่มีการสูญเสียการรับกลิ่น และ/หรือการรับรสอย่างเฉียบพลันมากขึ้น<sup>14,15</sup> โดยอาจเป็นอาการนำก่อนที่จะมีอาการอื่น ๆ ของ COVID-19 ตามมาถึงร้อยละ 20-60 ของผู้ป่วย และมักพบในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี<sup>14</sup> ผู้ป่วย AR โดยเฉพาะผู้ที่มีการสูญเสียการรับกลิ่น และ/หรือการรับรสจึงอาจทำให้เกิดความเข้าใจผิด คิดว่าผู้ป่วยโรค AR ติดเชื้อ SARS-CoV-2 ได้ อาจทำให้ผู้ป่วยโรค AR โดนรังเกียจจากสังคม จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วย AR ที่มักมีปัญหา smell loss ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการของโรครุนแรง, ใช้น้ำยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น และมี obstructive turbinate enlargement<sup>16</sup> นอกจากนั้นการที่เยื่อจมูกของผู้ป่วยโรค AR มีอาการอักเสบเรื้อรัง (minimal persistent inflammation) ตลอดเวลา ทำให้มีโอกาสติดเชื้อไวรัสได้ง่ายกว่าคนปกติ<sup>17</sup> อย่างไรก็ตาม ขณะนี้ยังไม่มียุทธศาสตร์ทางการแพทย์ที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรค AR สามารถติดเชื้อ SARS-CoV-2 ได้ง่ายกว่าคนปกติที่แข็งแรงดี หรือผู้ป่วยโรค AR ที่ติดเชื้อ SARS-CoV-2 จะมี clinical course ที่รุนแรง เช่น เกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าผู้ป่วยปกติที่ติดเชื้อ SARS-CoV-2 ดังนั้น AR จึงไม่ได้ถูกจัดว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงของ COVID-19<sup>18</sup> หรืออีกนัยหนึ่ง โรค AR ไม่ได้เพิ่มความรุนแรงของ COVID-19<sup>19</sup> ถ้าผู้ป่วยโรค AR ติดเชื้อ SARS-CoV-2 ก็เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถแพร่เชื้อไปสู่คนปกติได้

## ข้อแตกต่างระหว่างผู้ป่วย AR และผู้ป่วย COVID-19

ผู้ป่วย AR ถ้าไม่มีการติดเชื้อร่วมด้วย จะไม่มีไข้ หรืออาการอื่น ๆ ของการติดเชื้อ เช่น เจ็บคอ ไอ อ่อนเพลีย เมื่อยเนื้อเมื่อยตัว อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วย COVID-19 ก็อาจจะไม่มีไข้ได้ นอกจากนั้นถ้าผู้ป่วย AR ไม่ได้มีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ SARS-CoV-2 เช่น ประวัติเดินทางมาจากประเทศหรือพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 ในช่วง 14 วันก่อนมีอาการ, มีคนใกล้ชิดหรือคนในครอบครัวที่ร่วมอาศัยเดินทางไปประเทศหรือพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 หรือมีไข้ร่วมกับอาการระบบทางเดินหายใจ เช่น ไอ น้ำมูก เจ็บคอ หายใจเร็ว หรือเหนื่อยหอบ อาจทำให้นึกถึงการติดเชื้อ SARS-CoV-2 น้อยลง ผู้ป่วย AR มักจะมีอาการทางจมูกเด่นกว่าผู้ป่วย COVID-19 ซึ่งมักจะมีอาการทางเดินหายใจส่วนล่างเด่น แต่อาจต้องระวังเพราะผู้ป่วย AR อาจมีโรค asthma หรือ bronchial hyperresponsiveness ร่วมด้วย

นอกจากนั้นถ้าผู้ป่วย AR ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม เช่น ล้างจมูก, พ่นยาสเตียรอยด์พ่นจมูก (intranasal steroids; INS), รับประทานยาต้านฮิสตามีน (oral antihistamine; OAH) หรือใช้ยาต้านฮิสตามีนชนิดพ่นจมูก (intranasal antihistamine; INAH) + ยา INS เช่น azelastine hydrochloride (Aze) + fluticasone propionate (Flu) (MP-AzeFlu) อาการทางจมูก รวมถึงความผิดปกติในการรับกลิ่นควรจะดีขึ้น แต่ถ้าผู้ป่วย AR ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมแล้ว อาการยังไม่ดีขึ้น โดยเฉพาะมีความผิดปกติในการรับกลิ่น และ/หรือการรบกวนที่กระตุ้นเฉียบพลัน หรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ SARS-CoV-2 อาจสงสัย COVID-19 ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยโรค AR ควรจะได้รับการรักษาเพื่อควบคุมอาการให้ดี (total controlled AR) ในช่วงที่มีการระบาดของ SARS-CoV-2 เพื่อที่จะให้แพทย์วินิจฉัยแยกโรคได้ง่ายเมื่อผู้ป่วยมีอาการ โดยเฉพาะอาการทางจมูก

การวินิจฉัยแยกโรคระหว่าง COVID-19, allergies, influenza และ common cold โดยใช้อาการ ได้แสดงในภาพที่ 1

	COVID-19	Allergies	Influenza	Common Cold
FEVER	COMMON		COMMON	SOMETIMES
COUGH	COMMON		COMMON	COMMON
SHORTNESS OF BREATH	COMMON			
MUSCLE ACHES	COMMON		COMMON	SOMETIMES
SORE THROAT	SOMETIMES		SOMETIMES	COMMON
DIARRHEA	SOMETIMES		SOMETIMES	SOMETIMES
CONGESTION	SOMETIMES	COMMON	SOMETIMES	COMMON
LOSS OF SMELL	SOMETIMES	SOMETIMES	SOMETIMES	SOMETIMES
RUNNY NOSE	SOMETIMES	COMMON	SOMETIMES	SOMETIMES
SNEEZING		COMMON	SOMETIMES	SOMETIMES
ITCHY EYES		COMMON		

Source: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html>  
Symptoms may vary from person to person and may range from mild to severe. Symptoms usually occur from 2-14 days after exposure. If you have a cough with fever or shortness of breath, call your physician's office BEFORE visiting.

ภาพที่ 1: ความเหมือนและความแตกต่างของอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย Coronavirus disease 2019 (COVID-19), allergies, influenza และ common cold (<https://www.aaaai.org/Aaaai/media/MediaLibrary/Images/Promos/Coronavirus-Symptoms.pdf>)

### การดูแลผู้ป่วย AR ในช่วงที่มีการระบาดของ COVID-19

การทดสอบภูมิแพ้ที่ผู้ป่วยแพ้โดยการทดสอบทางผิวหนัง เช่น skin prick test ควรเลื่อนไปก่อน แต่ถ้าจำเป็นอาจใช้วิธีเจาะเลือดหา specific IgE ต่อสารก่อภูมิแพ้ที่พบบ่อยแทน<sup>19</sup> การรักษาผู้ป่วย AR

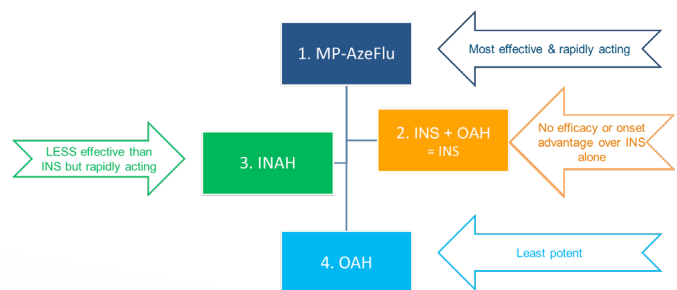
Treatment options for allergic rhinitis.									
Symptom	H1-AH	Intranasal H1-AH	INS	Nasal anticholinergic	Decongestant	Mast cell stabilizer	LTRA	INS + oral AH	INS+INAH*
Nasal congestion	+	+	++	-	+	+/-	+/-	++	++
Nasal pruritus	+	+	+	-	-	+	+	+	++
Rhinorrhea	+	+	++	+	-	+	+	++	++
Sneezing	+	+	++	-	-	+	+	++	++
Ocular itching	+	++	+	-	-	-	+	+	++
Ocular watering	+	++	+	-	-	-	+	+	++
Ocular redness	+	++	+	-	-	-	+	+	++

Modified from Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen). Allergy 2008;63(Suppl 86):8-160  
\* Speaker opinion  
AH: Antihistamine; INS: Intranasal corticosteroid; LTRA: Leukotriene receptor antagonist

ภาพที่ 2: ฤทธิ์ในการบรรเทาอาการต่าง ๆ ของยาแต่ละชนิดที่ใช้รักษา<sup>22</sup>

ในปัจจุบันมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ควบคุมอาการของผู้ป่วยได้ (total control) ไม่มีอาการทางจมูก (คัดจมูก คัน จาม น้ำมูกไหล) ไม่มีอาการทางตา (คัน เคืองตา แสบตา น้ำตาไหล) ไม่มี turbinate swelling ไม่รบกวนการนอนหลับ ไม่รบกวนกิจวัตรประจำวัน การเรียน การเล่นกีฬา ไม่มีโรคร่วม (co-morbidities) เช่น ไช้สนอักเสบ, ริดสีดวงจมูก, หูชั้นกลางอักเสบ, ความผิดปกติของการหายใจขณะหลับชนิดอุดกั้น (obstructive-sleep disordered breathing), จมูกไม่ได้กลิ่น หรือได้กลิ่นน้อยลง<sup>20</sup> การเข้ายาในการรักษาโรค AR นั้น แพทย์ควรทราบว่ายาลดละชนิดออกฤทธิ์ควบคุมอาการได้บ้าง (ภาพที่ 2) เพื่อที่จะได้เลือกให้ยาได้อย่างถูกต้องกับ presenting symptoms ของผู้ป่วย จะเห็นได้ว่า INS เป็นยาที่มีประสิทธิภาพดีในการรักษาอาการทุกอาการของโรค AR รวมทั้งอาการทางตาด้วย การเพิ่มยาต้านฮิสตามีนชนิดรับประทาน (OAH) ร่วมกับการใช้ INS ไม่ได้ทำให้อาการต่าง ๆ ดีขึ้น

ส่วนยาชนิดใหม่สุด MP-AzeFlu เป็นยาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการบรรเทาอาการทุกอาการของโรค AR (ภาพที่ 3) ไม่ว่าจะป็นอาการคัดจมูก คัน น้ำมูกไหล จาม จมูกไม่ได้กลิ่นหรือได้กลิ่นลดลง และอาการทางตา<sup>21</sup>



ภาพที่ 3: ประสิทธิภาพของยาที่ใช้รักษา allergic rhinitis<sup>21</sup>

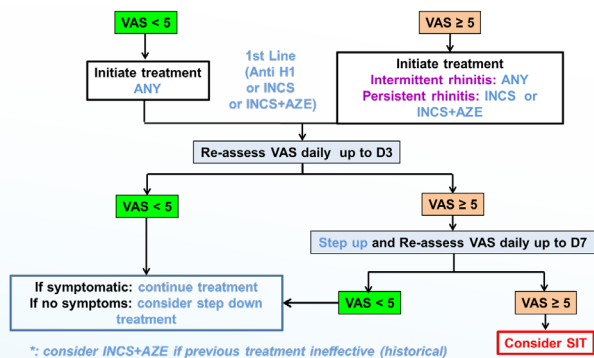
จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 20-30 ของผู้ป่วย AR ไม่ตอบสนองต่อการรักษาที่ตนเองได้รับอยู่ (uncontrolled AR) ซึ่งมักจะมีอาการรุนแรงโรคอยู่ในระดับ moderate-severe และมักมีอาการคัดจมูกเป็นอาการเด่น<sup>22</sup> ถ้าผู้ป่วย AR ที่มีการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ร่วมด้วย มี uncontrolled AR อาจยังคงมีอาการจาม ซึ่งจะแพร่กระจายเชื้อ SARS-CoV-2 ได้มากขึ้นด้วย ดังนั้น ควรรักษาผู้ป่วย AR ในช่วงที่มีการระบาดของ COVID-19 ให้ผู้ป่วยไม่มีอาการทางจมูก หรือให้ได้ total control เพื่อให้แพทย์สามารถวินิจฉัยแยกโรคได้ง่ายขึ้นว่า ผู้ป่วย AR ที่ยังคงมีอาการทางจมูกอยู่ไม่ได้เกิดจาก uncontrolled AR แต่เกิดจากสาเหตุอื่น เช่น common cold, influenza หรือ

COVID-19 นอกจากนั้นเมื่อผู้ป่วยควบคุมอาการของ AR ได้ดี จึงไม่จำเป็นต้องมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วย AR ลดอัตราเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อ SARS-CoV-2 และในผู้ป่วย AR ที่มีอาการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ร่วมด้วยการที่คุมอาการของโรค AR ได้ดีจะช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อโรคผ่านทางจามได้ด้วย

การรักษาผู้ป่วย AR จึงควรใช้ยาที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษา AR คือ MP-AzeFlu ซึ่งสามารถควบคุมอาการทางจมูกของผู้ป่วย AR ได้ดีกว่าการใช้ INS และยาอื่น ๆ<sup>21,22</sup> รวมทั้งมี onset of action ที่เร็วคือ 5 นาที<sup>23</sup> เมื่อเปรียบเทียบกับ INS ซึ่งมี onset of action เป็นชั่วโมง นอกจากนั้น MP-AzeFlu ยังสามารถบรรเทาอาการคัดจมูกและอาการทางตาได้หลังจากการใช้เพียง 10 นาที<sup>23</sup> การรักษา AR ด้วยยาชนิดต่าง ๆ นั้นไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยโรค AR มีโอกาสติดเชื้อ SARS-CoV-2 ได้ง่ายขึ้น หรือผู้ป่วย AR ที่เป็น COVID-19 มีความรุนแรงของโรคมากขึ้น<sup>18</sup> จึงควรให้การรักษาผู้ป่วย AR ตาม standard guidelines

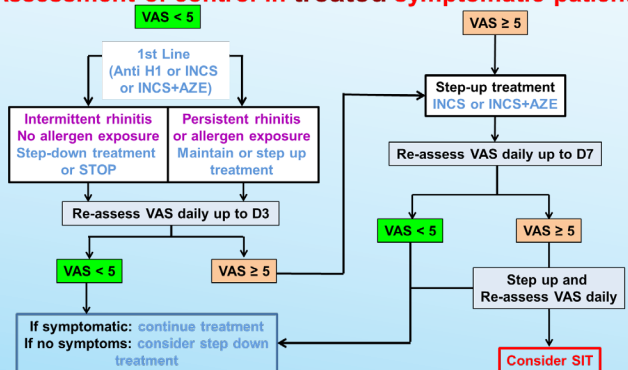
Next generation Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guideline ใหม่ที่ออกมาเน้นให้ผู้ป่วยโรค AR ประเมินอาการตนเอง และปรับยาเองตามอาการ<sup>21</sup> (ภาพที่ 4-5) ซึ่งเหมาะกับช่วงที่มีการระบาดของ COVID-19 โดยให้ visual analog scale (VAS) โดยแบ่งเป็น ผู้ป่วยที่มีอาการน้อย (VAS < 5) และผู้ป่วยที่มีอาการมาก (VAS ≥ 5) ยาที่มี

**Assessment of control in untreated symptomatic patient**



ภาพที่ 4: แผนภูมิขั้นตอนการรักษาผู้ป่วยโรค allergic rhinitis ที่มีอาการแต่ไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน โดยใช้ visual analog scale (VAS) (Bousquet J, et al. J Allergy Clin Immunol 2016;138:367-74.e2.)

**Assessment of control in treated symptomatic patient**



ภาพที่ 5: แผนภูมิขั้นตอนการรักษาผู้ป่วยโรค allergic rhinitis ที่มีอาการและเคยได้รับการรักษามาก่อน โดยใช้ visual analog scale (VAS) (Bousquet J, et al. J Allergy Clin Immunol 2016;138:367-74.e2.)

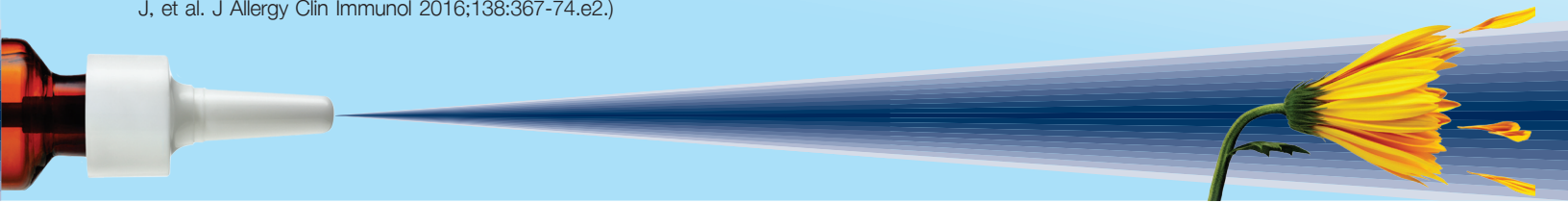
ประสิทธิภาพที่ดีที่สุดและออกฤทธิ์เร็วที่สุดคือ MP-AzeFlu สามารถใช้ได้ ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงปานกลางถึงมาก (moderate-severe), เป็นชนิด persistent AR หรือมี co-morbidities อื่น ๆ ร่วมด้วย MP-AzeFlu นั้น มีประสิทธิภาพในการรักษา co-morbidities ที่เกิดร่วมด้วย เช่น ทำให้อาการจมูกไม่ได้กลิ่นของผู้ป่วย persistent AR ดีขึ้น<sup>24</sup> ทำให้คุณภาพการนอนของผู้ป่วย AR ดีขึ้น<sup>25</sup> ทำให้อาการทางตาของผู้ป่วยดีขึ้น<sup>26</sup> รวมทั้งสามารถทำให้ความไวของจมูกของผู้ป่วย AR (nasal hyperresponsiveness) ลดลง<sup>27</sup>

ปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานทางการแพทย์ที่แสดงให้เห็นว่าการล้างจมูกด้วยน้ำเกลือจะป้องกันการติดเชื้อไวรัสหรือ SARS-CoV-2 ได้ ถ้าผู้ป่วย AR ต้องการล้างจมูกเพื่อบรรเทาอาการทางจมูก และ/หรือไซนัสก็สามารถล้างได้ แต่ควรทำความสะอาดอุปกรณ์ในการล้างจมูก เช่น ขวดบีบ, syringe หรือ ลูกยางแดงให้ดี เพื่อลดการติดเชื้อ สิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือ การล้างจมูกในผู้ป่วย AR ที่เป็น COVID-19 อาจทำให้มีการแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้อื่นได้<sup>28</sup> ถ้าผู้ป่วยอยู่คนเดียวในที่อยู่อาศัย หรือทำ self quarantine อยู่ การล้างจมูกไม่น่าจะก่อให้เกิดปัญหาอะไร ยังไม่มีหลักฐานทางการแพทย์ว่าการล้างจมูกด้วยน้ำเกลือจะทำให้ผู้ป่วย AR ที่เป็น COVID-19 หายจากการติดเชื้อเร็วขึ้นหรือไม่

ไม่มีข้อห้ามในการใช้ INS ในผู้ป่วย AR ถ้าผู้ป่วย AR เคยใช้ INS ก็สามารถใช้ได้ตามขนาดที่ guideline แนะนำ ไม่จำเป็นต้องหยุดใช้ หรือแม้ผู้ป่วย AR ที่ยังไม่เคยใช้ INS ก็สามารถใช้ INS ได้ แม้ผู้ป่วย AR ที่ติดเชื้อ SARS-CoV-2 ก็สามารถใช้ INS ได้ เพราะไม่ได้ทำให้การติดเชื้อแย่ลง ไม่ได้ทำให้ immune status ของผู้ป่วยลดลง และไม่แนะนำให้หยุดใช้ INS<sup>29</sup>

การรักษาด้วยวัคซีนภูมิแพ้ (immunotherapy) ด้วยการฉีด (subcutaneous immunotherapy; SCIT) หรือการอมใต้ลิ้น (sublingual immunotherapy; SLIT) ไม่ควรเริ่มในผู้ป่วย AR ช่วงนี้ถ้าไม่จำเป็นจริง ๆ แต่ถ้าผู้ป่วย AR ที่ได้รับการรักษาด้วย immunotherapy อยู่แล้วในช่วง build up ควรจะนัดการมารับวัคซีนห่างออกไปเป็นทุก 2-4 สัปดาห์ก็ได้ ถ้าอยู่ในช่วง maintenance อาจนัดการมารับวัคซีนห่างออกไปเป็นทุก 6-8 สัปดาห์ได้ SLIT มีข้อได้เปรียบกว่า SCIT คือผู้ป่วยไม่ต้องมาโรงพยาบาลบ่อย สามารถรับการรักษาที่บ้านผู้ป่วยได้ ทำให้ลดอัตราการติดเชื้อ SARS-CoV-2 จากการเดินทางมาโรงพยาบาลได้ ถ้าอาการของผู้ป่วยค่อนข้างคงที่และไม่ได้มีอาการมากขึ้น หลังหยุดการรักษาด้วยวัคซีนภูมิแพ้ อาจหยุดการรักษาไปชั่วคราวก่อนก็ได้<sup>19</sup> ถ้าผู้ป่วย AR ที่รักษาด้วยวัคซีนภูมิแพ้ติดเชื้อ SARS-CoV-2 ควรหยุดการรักษาด้วยวัคซีนภูมิแพ้ไว้ก่อนจนกว่าผู้ป่วยจะหายดี หรือมีภูมิคุ้มกันต่อ SARS-CoV-2 แล้ว ค่อยมาพิจารณาเริ่มการรักษาด้วยวัคซีนภูมิแพ้ใหม่<sup>30</sup>

ในช่วงที่มีการระบาดของ COVID-19 มีคำแนะนำให้ทุกคนอยู่ห่างจากผู้อื่น (social distancing) และถ้าไม่จำเป็น ก็ไม่ควรมาโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการติดเชื้อของทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งการประกาศการบริหารราชการในภาวะฉุกเฉินทำให้การดูแลผู้ป่วย AR ไม่ว่าจะการติดตามการรักษาเพื่อดูแลตอบสนองต่อยาหรือการปรับยา รวมถึงการฉีดวัคซีนเพื่อรักษาโรค AR นั้นทำได้ไม่เต็มที่ การมาพบแพทย์เพื่อรับการรักษาก็ไม่ได้เป็นสิ่งที่ยอมรับได้ สามารถเลื่อนได้จนกว่าสถานการณ์จะดีขึ้น หรือแพทย์อาจให้คำแนะนำและการรักษาผ่านช่องทางสื่อสารต่าง ๆ เช่น โทรศัพท์ หรือการพูดคุยโดยเห็นหน้าทั้ง 2 ฝ่าย (แพทย์และผู้ป่วย) ผ่านทาง internet (Telemedicine) ยกเว้นผู้ป่วยที่มีปัญหาในการรักษา หรือมีอาการรุนแรงที่อาจต้องมาพบแพทย์ การที่ระมัดระวังผู้ป่วย AR มาพบแพทย์



ควรคำนึงถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ และอัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อ SARS-CoV-2 หรือความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

ผู้ป่วย AR รวมทั้งทุกคนควรดูแลและป้องกันตนเองจาก SARS-CoV-2 ในช่วงที่มีการระบาดโดย<sup>1,2</sup>

- ใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งที่ออกจากบ้าน
- ล้างมือด้วยสบู่และน้ำนานอย่างน้อย 20 วินาที
- ใช้แอลกอฮอล์เจลที่มีปริมาณของแอลกอฮอล์อย่างน้อยร้อยละ 60 ทามือในที่ที่ไม่มีสบู่และน้ำให้ล้างมือ หรือตามคู่มือการดูแลตัวเองสำหรับประชาชนของกระทรวงสาธารณสุขแห่งประเทศไทยแนะนำที่มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70
- เวลาไอหรือจาม ใช้กระดาษชำระแล้วทิ้ง ไม่ควรไอหรือจามใส่มือ ถ้าไม่มีกระดาษชำระให้ไอหรือจามใส่แขนบริเวณข้อศอก
- ให้ความสำคัญสะอาดวัตถุหรือพื้นผิวที่ต้องจับต้องบ่อย ๆ
- ถ้าป่วยหรือไม่สบาย ควรอยู่บ้าน
- หลีกเลี่ยงการสัมผัส เช่น การจับมือทักทาย การจูบ กอด และควรเว้นระยะห่างจากผู้อื่น (social distancing) อย่างน้อย 2 เมตร
- เลือกใช้ยาที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการของโรค AR ได้ดี

**โดยสรุป** อาการของโรค AR และอาการของการติดเชื้อ SARS-CoV-2 อาจจะมีอาการคล้ายกันได้ในระยะแรก การสูญเสียการรับกลิ่นและ/หรือการรับรสอย่างเฉียบพลัน อาจเป็นอาการนำก่อนที่จะมีอาการอื่น ๆ ของ COVID-19 ได้ แพทย์ควรถามความผิดปกติในการรับกลิ่นและรสของผู้ป่วย AR เสมอ ผู้ป่วยโรค AR อาจถูกคนรอบข้างเข้าใจผิด คิดว่าติดเชื้อ SARS-CoV-2 ได้ ทำให้โดนรังเกียจจากสังคม แพทย์จึงควรรักษาและควบคุมผู้ป่วยโรค AR ไม่ให้มีอาการทางจมูก ในช่วงที่มีการระบาดของ SARS-CoV-2 นี้ เพื่อไม่ให้เกิดความเข้าใจผิดดังกล่าว โรค AR ไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงของ COVID-19 และไม่ได้เพิ่มความรุนแรงของ COVID-19 การรักษา AR ด้วยยาชนิดต่าง ๆ นั้นไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยโรค AR มีโอกาสติดเชื้อ SARS-CoV-2 ได้ง่ายขึ้น หรือมีความรุนแรงของโรคมกขึ้น แต่ควรให้การรักษาและควบคุมอาการของผู้ป่วย AR ตาม standard guidelines และเลือกใช้ยาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการบรรเทาอาการทุกอาการของโรค AR พร้อมกับแนะนำการดูแลและป้องกันตนเองจาก SARS-CoV-2 ในช่วงที่มีการระบาด

**เอกสารอ้างอิง**

1. Del Rio C, Malani PN. COVID-19—new insights on a rapidly changing epidemic [published online ahead of print February 28, 2020]. JAMA. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.3072>. Accessed May 4, 2020.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation summary. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/index.html>. Accessed May 4, 2020.
3. Novel Coronaviruses Information Center. Available from: <https://www.elsevier.com/connect/coronavirus-information-center>. Accessed May 4, 2020.
4. Coronavirus COVID-19 global cases by the Center for Systems Science and Engineering at Johns Hopkins University. Available from: <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>. Accessed May 4, 2020.
5. Bai Y, Yao L, Wei T, Tian F, Jin DY, Chen L, et al. Presumed asymptomatic carrier transmission of COVID-19 [published online ahead of print February 21, 2020]. JAMA. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2565>. Accessed May 4, 2020.
6. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72,314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention [published online ahead of print February 24, 2020]. JAMA. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648>. Accessed May 4, 2020.
7. Zhang JJ, Dong X, Cao YY, Yuan YD, Yang YB, Yan YQ, et al. Clinical characteristics of 140 patients infected with SARS-CoV-2 in Wuhan, China. [published online ahead of print February 19, 2020]. Allergy. <https://doi.org/10.1111/all.14238>. Accessed May 4, 2020.
8. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. Available from: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-mediabriefing-on-covid-19--11-march-2020>. Accessed May 4, 2020.
9. Bunjean K, Sukkasem K, Noppachon N, Yamkaew N, Jantayananont D, Theerapancharern W, et al. Prevalence of allergic rhinitis and types of sensitized allergen in adult at Wat Intaram community, Hua Raeu, Phra Nakhon Si Ayutthaya District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province, Thailand. J Med Assoc Thai 2012;95 Suppl 5:S63-8.
10. Bunnag C, Jareoncharsi P, Tantilipikorn P, Vichayanond P, Pawankar R. Epidemiology and current status of allergic rhinitis and asthma in Thailand -- ARIA Asia-Pacific Workshop report. Asian Pac J Allergy Immunol 2009;27(1):79-86.
11. Tantilipikorn P, Pinkaew B, Talek K, Assanasen P, Triphoon Suwanwech, Bunnag C. Pattern of allergic sensitization in chronic rhinitis: A 19-year retrospective study. [published online ahead of print March 29, 2020]. Asian Pac J Allergy Immunol. <https://doi.org/10.12932/AP-080719-0597>. Accessed May 4, 2020.
12. Jaruvongvanich V, Mongkolpathumrat P, Chantaphakul H, Klaewsongkram J. Extranasal symptoms of allergic rhinitis are difficult to treat and affect quality of life. Allergol Int 2016;65(2):199-203.
13. Sungnak W, Huang N, Bécavin C, Berg M, Network HLB. SARS-CoV-2 entry genes are most highly expressed in nasal goblet and ciliated cells within human airways. ArXiv200306122 Q-Bio. March 13, 2020. Accessed May 4, 2020. <https://arxiv.org/abs/2003.06122>
14. Lechien JR, Chiesa-Estomba CM, De Slati DR, Horoi M, Le Bon SD, Rodriguez A, et al. Olfactory and gustatory dysfunctions as a clinical presentation of mild-to-moderate forms of the coronavirus disease (COVID-19): a multicenter European study. [published online ahead of print April 6, 2020]. Eur Arch Otorhinolaryngol. <https://doi.org/10.1007/s00405-020-05965-1>. Accessed May 4, 2020.
15. Lechien JR, Hopkins C, Saussez S. Sniffing out the evidence: It's now time for public health bodies to recognize the link between COVID-19 and smell and taste disturbance. [published online ahead of print April 30, 2020]. Rhinology. <https://doi.org/10.4193/Rhin20.159>. Accessed May 4, 2020.

16. Mariño-Sanchez F, Valls-Mateu M, Haag O, Alobid I, Bousquet J, Mullol J. Smell loss is associated with severe and uncontrolled disease in children and adolescents with persistent allergic rhinitis. J Allergy Clin Immunol Pract 2018;6(5):1752-5.
17. Tantilipikorn P. The relationship between allergic rhinitis and viral infections. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg 2014;22(3):249-52.
18. Brough HA, Kalayci O, Sediva A, Untersmayr E, Munblit D, Rodriguez Del Rio P, et al. Managing childhood allergies and immunodeficiencies during respiratory virus epidemics - the 2020 COVID-19 pandemic. [published online ahead of print April 22, 2020]. Pediatr Allergy Immunol. <https://doi.org/10.1111/pai.13262>. Accessed May 4, 2020.
19. Shaker MS, Oppenheimer J, Grayson M, Stukus D, Hartog N, Hsieh EWY, et al. COVID-19: Pandemic Contingency Planning for the Allergy and Immunology Clinic. [published online ahead of print Mar 26, 2020]. J Allergy Clin Immunol Pract. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2020.03.012>. Accessed May 4, 2020.
20. Papadopoulos NG, Bernstein JA, Demoly P, Dykewicz M, Fokkens W, Hellings PW, et al. Phenotypes and endotypes of rhinitis and their impact on management: a PRACTALL report. Allergy 2015;70(5):474-94.
21. Bousquet J, Schünemann HJ, Togias A, Bachert C, Erhola M, Hellings PW, et al. Next-generation Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA) guidelines for allergic rhinitis based on Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) and real-world evidence. J Allergy Clin Immunol 2020;145(1):70-80.
22. Bousquet J, Bachert C, Bernstein J, Canonica GW, Carr W, Dahl R, et al. Advances in pharmacotherapy for the treatment of allergic rhinitis; MP29-02 (a novel formulation of azelastine hydrochloride and fluticasone propionate in an advanced delivery system) fills the gaps. Expert Opin Pharmacother 2015;16(6):913-28.
23. Bousquet J, Meltzer EO, Couroux P, Koltun A, Kopietz F, Munzel U, et al. Onset of Action of the Fixed Combination Intranasal Azelastine-Fluticasone Propionate in an Allergen Exposure Chamber. J Allergy Clin Immunol Pract 2018;6(5):1726-32.
24. Klimek L, Poletti SC, Sperl A, Spielhauer M, Bardenhewer C, Mullol J, et al. Olfaction in patients with allergic rhinitis: an indicator of successful MP-AzeFlu therapy. Int Forum Allergy Rhinol 2017;7(3):287-92.
25. Klimek L, Bachert C, Stjärne P, Dollner R, Larsen P, Haahr P, et al. MP-AzeFlu provides rapid and effective allergic rhinitis control in real life: A pan-European study. Allergy Asthma Proc 2016;37(5):376-86.
26. Meltzer E, Ratner P, Bachert C, Carr W, Berger W, Canonica GW, et al. Clinically relevant effect of a new intranasal therapy (MP29-02) in allergic rhinitis assessed by responder analysis. Int Arch Allergy Immunol 2013;161(4):369-77.
27. Kortekaas Krohn I, Callebaut I, Alpiroz YA, Steelant B, Van Gerven L, Skov PS, et al. MP29-02 reduces nasal hyperreactivity and nasal mediators in patients with house dust mite-allergic rhinitis. Allergy 2018;73(5):1084-93.
28. Leboulanger N, Sagardoy T, Akkari M, Ayari-Khaifallah S, Celerier C, Fayoux P, et al. COVID-19 and ENT Pediatric otolaryngology during the COVID-19 pandemic. Guidelines of the French Association of Pediatric Otorhinolaryngology (AFOP) and French Society of Otorhinolaryngology (SFORL). [published online ahead of print April 18, 2020]. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis. <https://doi.org/10.1016/j.anorl.2020.04.010>. Accessed May 4, 2020.
29. Bousquet J, Akdis C, Jutel M, Bachert C, Klimek L, Agache I, et al. Intranasal corticosteroids in allergic rhinitis in COVID-19 infected patients: An ARIA-EAACI statement. [published online ahead of print Mar 31, 2020]. Allergy. <https://doi.org/10.1111/all.14302>. Accessed May 4, 2020.
30. Klimek L, Jutel M, Akdis C, Bousquet J, Akdis M, Bachert C, et al. Handling of allergen immunotherapy in the COVID-19 pandemic: An ARIA-EAACI statement. [published online ahead of print Apr 24, 2020]. Allergy. <https://doi.org/10.1111/all.14336>. Accessed May 4, 2020.

